

PROJET DE PROTOCOLE D'ACCORD

Les signataires du présent protocole confirment leur engagement pour la modernisation de l'hôpital tant de son mode de financement que de son organisation.

Cette réforme vise à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des établissements et repose sur la responsabilisation des acteurs hospitaliers et, en tout premier lieu, des praticiens hospitaliers. L'adaptation du statut des praticiens hospitaliers est une étape importante de cette modernisation. Il s'agit d'assurer la cohérence entre les différents volets du plan de modernisation de l'hôpital : réforme de l'organisation interne, tarification à l'activité, réforme budgétaire et comptable. Cela se traduit par une plus grande implication des praticiens dans le pilotage et la gestion des établissements de santé. La recherche d'une plus grande capacité de réaction des établissements publics de santé et d'une meilleure adéquation entre les moyens et l'activité doit se traduire par les ajustements ci-dessous envisagés du statut des praticiens hospitaliers. Il convient donc d'engager la modernisation du statut des praticiens, la mise en œuvre d'outil de gestion plus dynamique tels que l'introduction de parts variables de la rémunération des praticiens en fonction de critères de qualité, d'activité et de responsabilité, et de procéder à la revalorisation et à une nouvelle organisation des astreintes.

Le plan de modernisation de l'hôpital s'attache notamment à :

- créer une nouvelle instance décisionnelle (le conseil exécutif) où siègeront des représentants de la communauté médicale ;
- associer plus étroitement la commission médicale d'établissement au fonctionnement de l'établissement dans une composition renouvelée ;
- recentrer l'organisation des activités autour des pôles ;
- nommer, au sein de chaque établissement, les responsables de pôles et les chefs de service après inscription sur une liste nationale d'habilitation garante de la maîtrise des qualités requises pour exercer ces fonctions.

Le présent protocole s'inscrit également dans le prolongement du relevé de décisions signé le 2 septembre 2004 concernant notamment la chirurgie publique et plus largement des protocoles signés depuis celui du 13 mars 2000.

Ces protocoles ont conduit en particulier à :

- mettre en place une carrière linéaire raccourcie et revalorisée en moyenne de 5,32 % au 1^{er} novembre 2000 (86 M€) ;
- créer une indemnité pour exercice multi-établissement (21 M€) ;
- créer une indemnité d'engagement de service public exclusif (127 M€) dont les effets cumulés avec la nouvelle grille ont abouti à une augmentation moyenne de la rémunération des praticiens hospitaliers de 15,4 % entre mai 2000 et mai 2002 ;
- valoriser le recrutement sur postes prioritaires (31 M€) ;

- attribuer aux praticiens le bénéfice de l'aménagement et de la réduction du temps de travail : amélioration de l'indemnisation du déplacement (+ 21,6 % soit 23 M€), création de 3500 postes médicaux entre 2002 et 2005 (212 M€) pour compenser l'octroi de 20 jours de RTT et l'intégration des gardes dans le temps de travail, revalorisation des indemnités de permanence, le montant d'une permanence effectuée en temps de travail additionnel entre 2002 et 2005 connaissant une augmentation de plus de 89 % (182 M€).

Cela constitue, depuis la mise en œuvre statutaire il y a 20 ans, un effort sans précédent de 470 M€ hors la RTT, volume sans comparaison possible avec d'autres corps ou emplois financés par des cotisations sociales.

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et les organisations syndicales représentant les praticiens hospitaliers s'accordent sur les principes suivants qui guideront les travaux du comité de suivi constitué avec les signataires du présent protocole.

Revalorisation et forfaitisation de l'astreinte

Le dispositif actuel d'astreintes et déplacement, avec des taux spécifiques d'indemnisation (d'astreinte de sécurité, d'astreinte opérationnelle, de déplacement) se révèle à l'usage inadapté en ne permettant pas de prendre en compte le degré de contrainte relatif des astreintes selon les spécialités, le niveau d'activité et les effectifs concernés par la permanence à domicile.

Par ailleurs, il n'est pas concevable de disposer dans tous les hôpitaux d'astreintes pour toutes les activités. Ceci conduit à privilégier une approche territoriale, inter-hospitalière, de l'organisation de l'astreinte.

L'objectif est d'aboutir à une majoration de 15 % de l'enveloppe des astreintes compensée par une diminution du volume des gardes et astreintes et par le regroupement des plateaux techniques ou la mutualisation des moyens. Le nouveau dispositif, qui se substitue aux indemnités de base et aux déplacements, reposera sur un forfait tenant compte des contraintes réelles.

Ces contraintes, sont définies selon les principes suivants :

- fréquence des astreintes par praticien;
- fréquence par astreinte des déplacements obligés (actes non déléguables);
- durée des déplacements ;
- nombre d'appels.

Sur la base de ces critères les établissements définiront une typologie des astreintes lesquelles seront soit récupérées, soit rémunérées au sein d'une fourchette définie au niveau national.

Cette fourchette est comprise entre 25€ et 175€

La régulation et le suivi de la mise en œuvre du système sera assurée au niveau régional.

Les modifications conséquentes de l'arrêté du 30 avril 2003 seront élaborées en concertation avec les organisations signataires du présent protocole par le comité de suivi et seront opérationnelles au 1^{er} octobre 2005.

Attribution de parts variables complémentaires collectives et individuelles

L'attribution de ces parts variables complémentaires liées à l'activité est fondée sur deux principes, qui peuvent être cumulatifs :

- attribution selon la spécialité (contraintes spécifiques fortes) ;
- attribution selon des critères liés à l'engagement dans une démarche d'accréditation et à l'engagement institutionnel.

Deux dispositifs seront mis en place :

part variable collective à effet individuel

Cette modulation s'articulera autour d'un engagement collectif des praticiens d'un pôle sur des objectifs précis de qualité des soins établis à partir de critères facilement identifiables : taux d'infection, respect des référentiels, qualité de la cotation des actes, etc. Chaque praticien bénéficiera, en fonction des résultats d'une part fixe équivalente.

part variable individuelle

Cette modulation permettra de valoriser :

- une démarche d'accréditation en lien avec les contraintes particulières attachées à certaines spécialités conformément aux dispositions de l'article L.4135-1 du code de la sécurité sociale (chirurgie, gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation) ainsi que des spécialités à contrainte forte telles que l'urgence ou la psychiatrie ;
- un engagement du praticien pour la qualité et un certain volume d'activité publique.

Les praticiens éligibles pourront percevoir une part variable individuelle égale au plus à % de leur rémunération statutaire au 2005. Elle pourra être portée à% en 2006 et à % en 2007.

Ce dispositif fera l'objet d'un contrat proposé par le conseil exécutif et négocié entre le praticien et le directeur de l'établissement.

Implication institutionnelle

Les responsabilités institutionnelles seront indemnisées forfaitairement ainsi qu'il suit, sous réserve des adaptations qui seraient nécessaires, avec une montée en charge sur 3 ans, de 2005 à 2007 à raison de 1/3 par an :

- à compter du 1^{er} octobre 2005 : présidence de CME (200 €bruts mensuels) ;
- à compter du 1^{er} octobre 2005 : responsabilité d'un pôle (200 €bruts mensuels) ;
- à compter du 1^{er} juillet 2006 : responsabilités transversales prévues réglementairement ¹ (100 €bruts mensuels).

Les modalités de mise en œuvre de ce dispositif, seront arrêtées après concertation avec les organisations signataires du présent protocole.]

Ce poste représente une enveloppe de 18 à 20 millions d'euros susceptibles d'être redéployés sur la mesure part variable.

Modernisation du statut

Les signataires du présent protocole s'accordent sur la nécessité de faire évoluer le statut afin de :

- simplifier les procédures,
- mettre en place une véritable politique des ressources humaines,
- rendre la carrière plus attractive.

Création d'un centre national de gestion (CNG)

Un centre national de gestion est créé. Il permettra la mise en place d'une véritable gestion des ressources humaines. Il disposera, pour la gestion du personnel médical, de relais régionaux, en lien avec les ARH.

1

- correspondant matériovigilance – art R.665-59
- correspondant d'hémovigilance – art R.666-12-14
- présidence CLIN – art R.711-1-4
- présidence commission activité libérale – art R.714-28-17
- présidence comité du médicament et des dispositifs stériles - art R.5104-52
- correspondant de pharmacovigilance pour les médicaments dérivés du sang – art R. 5144-23
- présidence de la commission de l'organisation de la permanence des soins – arrêté du 30 avril 2003
- comité de lutte contre la douleur – circulaire DGS/DH 7 janvier 1994
- comité alimentation/nutrition – circulaire DHOS 29 mars 2002

Il assurera la gestion des praticiens titulaires à temps plein et à temps partiel.

Il sera doté d'une délégation de gestion et agira par délégation du ministre. Les organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers seront associées à son fonctionnement.

Il définira les orientations stratégiques et formulera des propositions au ministre en matière de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Son directeur, nommé par le ministre, assurera la conduite générale du CNG.

Le CNG assurera notamment :

- l'organisation du concours national ;
- la publication des postes ;
- le suivi et la gestion des carrières ;
- l'organisation de la médecine du travail ;
- la gestion des praticiens en recherche d'affectation et le reclassement des praticiens devenus inaptes à l'exercice de leurs fonctions ;
- la gestion des procédures statutaires (discipline et insuffisance professionnelle) ;
- la gestion du contentieux individuel ;
- la formation ;
- l'évaluation ;
- l'organisation des commissions nationales statutaires.

Simplification du concours

Les signataires du présent protocole estiment que le concours dans sa forme actuelle reste trop académique, s'attachant à vérifier les connaissances professionnelles du candidat dans l'exercice de sa spécialité plutôt qu'à permettre de s'assurer qu'il pourra faire face aux différentes missions attachées au service public hospitalier (continuité des soins, travail en équipe, qualité d'accueil des patients, etc.).

Le concours sera organisé ainsi qu'il suit :

- type I : inscription sur la liste nationale d'aptitude acquise de droit sur demande de l'intéressé : pour les anciens CCA et anciens assistants spécialistes depuis moins de 5 ans ;
- type II : examen par le jury du dossier titres, travaux et services rendus ; pour les anciens CCA et anciens assistants spécialistes depuis 5 ans et plus et pour les anciens internes ;
- type III : examen du dossier titres, travaux et services rendus, épreuve orale et entretien avec le jury pour les autres candidats ;

- suppression de la détermination du nombre de places ouvertes au concours (responsabilisation du jury qui fixe le seuil en deçà duquel les candidats ne seront pas admis) ;
- regroupement de certaines spécialités ;
- limitation de la durée de validité de la liste d'aptitude à 3 ans.

Gestion des emplois

- publication

Actuellement, les vacances de poste font l'objet d'une publication annuelle au Journal Officiel par décision du ministre pour les praticiens à temps plein et par décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour les praticiens à temps partiel.

Le CNG sera chargé de la publicité, accessible par internet, des emplois vacants ou susceptibles de l'être sous la responsabilité des directeurs chefs d'établissement demandeurs, selon une fréquence régulière.

- suppression de l'activité

Le praticien dont l'emploi est supprimé peut :

- soit demander à être placé en position de recherche d'affectation ;
- soit bénéficier immédiatement d'une indemnité de départ.

Simplification de la procédure de nomination et d'affectation

- la décision d'inscription sur la liste nationale d'aptitude est prise par le ministre et vaut nomination dans le corps ;
- le praticien, après avoir déposé candidature sur un poste vacant, est affecté dans une structure de soins par décision conjointe du directeur et du président de la CME après avis du conseil exécutif et de la CME.

Profil de poste

- élaboré localement, il est communiqué au praticien lors de sa candidature ;
- l'acte de candidature du candidat vaut engagement du praticien sur les actions à mener et les objectifs à atteindre contenus dans le profil de poste ;
- il fixe les caractéristiques des fonctions, notamment la quotité de temps de travail, les valences exercées par le praticien, les contraintes particulières (exercice sur plusieurs sites par exemple) ;

- il précise les conditions de mise en œuvre de la part variable collective ou individuelle [*ainsi que les fonctions de responsabilités exercées par le praticien donnant lieu à indemnisation*] ;
- le document indique la périodicité selon laquelle le profil de poste est rediscuté avec le praticien.

Rôle de la commission statutaire nationale (CSN)

L'importance du rôle de la CSN est réaffirmé.

Ses attributions sont recentrées sur l'examen des situations nécessitant un arbitrage. Ce dispositif allégé permettant ainsi de fluidifier les recrutements

Elle intervient :

- lorsque les autorités locales ont un avis divergent sur un recrutement ;
- avec un rôle renforcé s'agissant de la mise en position « en recherche d'affectation ».

Traitement des situations individuelles particulières

- Création d'une position en recherche d'affectation

Les dispositifs d'insuffisance professionnelle, de discipline et de détachement d'office ne permettent pas de régler un certain nombre de situations spécifiques. Enfin, certains praticiens peuvent solliciter l'appui du CNG et leur mise en position en recherche d'affectation en cas de suppression de leur activité par exemple.

- cette position est demandée soit par le praticien, soit par l'établissement ;
- mise en position « en recherche d'affectation » par décision ministérielle sur demande conjointe du directeur et du président de la CME après avis de la CSN. Cette position donne des garanties au praticien déterminées par le statut (durée, conditions de maintien de la rémunération, droits à congés, protection sociale, etc.) ;
- le praticien momentanément privé d'emploi bénéficie d'une prise en charge spécifique adaptée : aide à la mobilité, formation, etc. ;
- le CNG a l'obligation de proposer des emplois au praticien (3 propositions) ;
- le praticien qui n'aurait pas été recruté à la fin de la deuxième année dans cette position est soit licencié avec indemnités, soit placé en disponibilité d'office.

- Evolution des procédures disciplinaires, d'insuffisance professionnelle et de détachement dans l'intérêt du service

Les signataires du présent protocole réaffirment la nécessité de mieux définir et de faire évoluer ces procédures.

Ils s'engagent à faire aboutir au cours de l'année 2005, les travaux engagés à la suite du protocole d'accord du 13 mars 2000.

Attractivité de la carrière – reprises d'ancienneté

Il convient sans désavantager les praticiens qui ont consacré la totalité de leur carrière à l'hôpital public, de rendre l'exercice public plus attractif. Ce dispositif peut être appliqué à des praticiens ayant un parcours professionnel reconnu, ou acceptant d'exercer dans des zones géographiques déficitaires ou consécutivement à des restructurations hospitalières, dans les conditions suivantes :

- prise en compte de tout ou partie de la durée des services effectués dans les pays européens et/ou dans le cadre d'une activité privée (notamment en cas de reprise d'activité) ;
- meilleure prise en compte des demi-journées réalisées dans le cadre du nouveau statut de praticien-attaché ;
- prise en compte du temps passé comme vacataire départemental de psychiatrie.

Valences d'enseignement

Le ministre réaffirme son soutien en faveur de l'engagement des praticiens hospitaliers pour l'enseignement.

L'enveloppe spécifique prévue au budget du ministère de l'éducation nationale par la circulaire conjointe éducation nationale/santé du 4 avril 2002 doit être pérennisée afin de permettre aux UFR de médecine de recruter des praticiens hospitaliers en qualité d'attachés d'enseignement et de chargés d'enseignement.

De même, le décret du 20 septembre 1991 relatif aux personnels associés des centres hospitaliers et universitaires dans les disciplines médicales et odontologiques devra être modifié afin de permettre le recrutement de praticiens hospitaliers en qualité d'enseignant associé à temps partiel.

Enfin, il sera rappelé par circulaire que pour les praticiens dont le nombre d'heures d'enseignement ne dépasse pas 30 heures par an, il n'est pas nécessaire de recourir au dispositif d'activité d'intérêt général, dès lors que le praticien a été autorisé à exercer cette activité.

Conseiller général des hôpitaux (CGH)

Il est créé un statut d'emploi de conseiller général des hôpitaux auprès du ministre chargé de la santé.

Des missions essentielles au fonctionnement des établissements publics de santé leurs sont confiées (audit opérationnel, accompagnement, médiation, études sur le fonctionnement hospitalier).

Les conseillers généraux seront désignés parmi les personnels enseignants et hospitaliers, les praticiens hospitaliers, les directeurs d'établissement, les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation, et les fonctionnaires ayant occupé de hautes responsabilités dans le domaine sanitaire. Les praticiens hospitaliers, nommés dans l'emploi de CGH seront placés en position de détachement.

Un régime indemnitaire sera attribué en fonction des missions confiées. A titre personnel, le conseiller général qui percevait, à la date de sa nomination dans cet emploi, une rémunération supérieure à celle qui lui sera servie, conserve le bénéfice de sa rémunération précédente.

Commission régionale

Afin de suivre la montée en charge du dispositif et la mise en place des dispositions du présent protocole, il est créé auprès de chaque ARH une commission régionale composée à parité de représentants des organisations syndicales et de représentants de l'administration désignés par le directeur de l'ARH.

Cette commission aura à connaître de la mise en place du nouveau régime des astreintes et des modalités d'attribution de la part variable.

Comité national de suivi

Un comité national de suivi constitué par les signataires du présent protocole se réunira au moins 2 fois par an.

Il sera consulté sur l'élaboration de l'ensemble des dispositions réglementaires découlant du présent protocole. Ces dispositions feront l'objet d'une évaluation annuelle.

Le ministre chargé de la santé engagera par ailleurs une démarche auprès du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la fonction publique pour étudier les mesures nécessaires à une meilleure prise en compte de la protection sociale sur la part hospitalière des personnels hospitalo-universitaires dans le prolongement du protocole du 16 mai 2003. Ce travail associera l'ensemble des organisations syndicales concernées.

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et les organisations syndicales représentant les praticiens hospitaliers signataires du présent protocole s'accordent pour reconnaître les sujétions et les responsabilités liées à l'exercice hospitalier et affirment que l'évolution de l'organisation interne et du financement de l'hôpital requièrent un engagement fort des praticiens hospitaliers.

Acteurs essentiels de la prise en charge des patients à l'hôpital, les praticiens hospitaliers sont impliqués par son juste coût tout en étant les garants de la qualité des soins.

Dans ce cadre, le présent protocole vise à affirmer, dans le respect de l'unicité du statut, la nécessaire valorisation de ces responsabilités en termes de contrainte, de qualité, d'activité et d'engagement institutionnel.